ITEM 359 : TRAUMATISME DE L'EPAULE

Epaule = **énarthrose** à 3 axes : - **Abduction/adduction** = 180°/45°
- **Antépulsion/rétropulsion** = 180°/40°
- **Rotation interne/externe** = 95°/85°

Diagnostic	Int.	- Terrain : adulte jeune, de sexe masculin le plus souvent - Notion de traumatisme (notamment accident de sport), mécanisme lésionnel direct ou indirect - SF : **douleur, impotence fonctionnelle, instabilité, raideur**
	C	- Inspection : - **Attitude irréductible** évocatrice de luxation - Recherche des **reliefs de l'épaule**, de **déformation** et de **signes de contusion** - Palpation : reliefs osseux (acromion, clavicule, tête humérale, bords de la scapula), muscles, sillon delto-pectoral - **Mobilisation** (après avoir éliminé une fracture) : mobilité active et passive de **l'articulation gléno-humérale**, mobilisation de la **clavicule** (recherche un tiroir ou une mobilité en touche de piano) - Lésions associées : examen cutané, pouls périphériques, examen neurologique du MS
	Rx	- **Face** : cavité glénoïdale, scapula, épine scapulaire, acromion, processus coracoïde, tête humérale et clavicule - **Profil axillaire** (patient peu algique) : rapports entre la cavité glénoïdale et la tête humérale - **Profil scapulaire de Lamy** : image en Y avec l'écaille de la scapula, l'apophyse coracoïde et l'épine de la scapula - **Défilé claviculaire** (incidence oblique avec rayon ascendant) : clavicule et apophyse coracoïde, acromion et cavité glénoïde de la scapula - **Incidence de face de l'acromio-claviculaire** ➔ Rx standard de 1ère intention : **face stricte** et **profil de la scapula de Lamy** ➔ Rx de 2nd intention : **défilé claviculaire**, **incidence de l'acromio-claviculaire**…
	TDM d'épaule	= Meilleur examen pour le **bilan osseux** - Indication : fracture articulaire de l'extrémité supérieure de l'humérus et de la scapula
	Arthroscanner	= Injection intra-articulaire de produit de contraste : examen de référence pour l'étude de la **coiffe des rotateurs** (recherche d'une fuite sous-acromiale de produit de contraste) et de **l'articulation** - Indication : bilan d'instabilité de l'épaule, recherche d'une rupture de la coiffe des rotateurs
	IRM d'épaule	= T1-T2 sans injection : étude des **éléments articulaires**
	Echographie	= Visualisation des **éléments tendino-musculaires** de l'épaule

FRACTURE DE LA SCAPULA

= Fracture rare : surtout de l'adulte jeune (20-30 ans), de sexe masculin, dans un **contexte de polytraumatisme**

Classification	**Fracture articulaire** (20%)	- **Fracture glénoïdienne** - **Fracture du col chirurgical** ou **du col anatomique** - **Fracture du processus coracoïde** - **Fracture de l'acromion**
	Fracture extra-articulaire (80%)	- **Fracture extra-glénoïdienne**

Diagnostic	C		- **Douleur** et **impotence fonctionnelle totale** du membre supérieur - **Points d'impact cutanés**, **œdème** et **ecchymose** - **Douleur exquise à la palpation des reliefs de la scapula**
		Lésions associées	- Thoracique : **pneumothorax**, **fracture de côte** - Vasculo-nerveuse : **plexus brachial, artère sous-clavière**… - Osseuse : **fracture de la clavicule, disjonction acromio-claviculaire**, **syndrome omo-cléido-thoracique** (impaction dans le thorax : fracture de l'omoplate, de la clavicule et des côtes 1 à 7)
	Rx		Incidence : **épaule de face + profil de la scapula de Lamy** - Diagnostic positif : trait de fracture, recherche d'un refend articulaire, déplacement ➔ **TDM d'épaule** indiquée en cas de fracture articulaire
TTT			- **TTT orthopédique** = **écharpe coude au corps** x 3 semaines : en cas de fracture extra-articulaire - **TTT chirurgical** = réduction, contention par ostéosynthèse puis immobilisation par écharpe coude au corps x 3 semaines : en cas de fracture articulaire - **Rééducation**

FRACTURE DE LA CLAVICULE

= 1/3 des fractures de la ceinture scapulaire chez l'adulte : adulte jeune (20-30 ans), de sexe masculin, sportif ++

Physio	Mécanisme		- **Traumatisme indirect** (2/3 des cas) : chute sur le moignon de l'épaule (cyclisme, judo…) - **Traumatisme direct** (1/3 des cas) : traumatisme violent et direct sur la clavicule (AVP, agression surtout)
	Siège		- Du **1/3 moyen** dans la majorité des cas (75% des fractures), du **1/3 externe** ou du **1/3 interne**
Diagnostic	SF		- **Douleur** et **impotence fonctionnelle totale** de l'épaule
	SC	Inspection	- **Attitude des traumatisés du MS** - **Abaissement du moignon de l'épaule** (abaissé par le deltoïde) - **Diminution de la distance acromio-sternale** - **Saillie de l'extrémité distale du fragment médial sous la peau** (relevé par le SCM) - **Œdème** et **ecchymose** (masquent rapidement les signes cliniques)
		Palpation	- **Douleur exquise à la palpation prudente du foyer de fracture** - **Mobilité du foyer de fracture** - Signe négatif : mobilité conservée de l'articulation scapulo-humérale
	Lésions associées	Cutanée (plus fréquent)	**- Ouverture cutanée :** le plus souvent de dedans en dehors, Cauchoix I, secondaire à la saille de l'extrémité distale du fragment interne
		Vasculaire	**- Lésion du pédicule sous-clavier** : palpation systématique des pouls périphériques et recherche d'un hématome expansif
		Neuro	**- Lésion du plexus brachial** : examen neurologique systématique
		Pulmonaire	**- Pneumothorax** par embrochage du dôme pleural : auscultation pulmonaire systématique
		Osseuse	**- Syndrome scapulo-cléido-thoracique** dans un contexte de polytraumatisme : lésions associées de la scapula et des 7 premières côtes
	Rx		Incidence : **défilé claviculaire** + **épaule F/P (profil de la scapula de Lamy)** + **thorax de face** - Trait de fracture : le plus souvent du 1/3 moyen, oblique en bas, en arrière et en dedans ± 3ème fragment - Bilan des lésions associées : pneumothorax, lésion osseuse
Evolution	- Evolution le plus souvent favorable : **délai de consolidation = 3 à 6 semaines**		
	Complication secondaire		- **Nécrose cutanée** en regard de la saille du fragment médial - **Déplacement secondaire** en cas de traitement orthopédique
	Complication tardive		- **Cal vicieux hypertrophique** : gêne esthétique, ou exceptionnellement compression vasculo-nerveuse - **Syndrome algodystrophique** : syndrome épaule-main - **Pseudarthrose** : essentiellement dans les fractures du ¼ externe de la clavicule
TTT	**TTT orthopédique**		- **Immobilisation** par **écharpe coude au corps** : en cas de fracture non déplacée - **Rétropulsion avec bandage** par **anneaux en 8 de Zimmer** : en cas de fracture déplacée - Durée d'immobilisation = 3 à 6 semaines (jusqu'à obtention d'un cal osseux radiologique) - Surveillance clinique 1 fois/semaine + **Rx** défilé claviculaire à J8, J21 et J45
	TTT chirurgical		= **Ostéosynthèse** à **foyer fermé** (**embrochage percutané**) ou **à foyer ouvert** (**plaque vissée**) ➔ Indication : - En urgence : - Fracture du ¼ externe de la clavicule - Fracture de la clavicule compliquée - Fracture bilatérale de la clavicule chez le patient polytraumatisé - Secondaire si pseudarthrose du foyer de fracture
	Mesures associées		- **Antalgique** - **Arrêt de travail** x 3 semaines - **Rééducation active précoce**

DISJONCTION ACROMIO-CLAVICULAIRE

Physio

Moyens de fixité		- **Ligaments acromio-claviculaires** et **ligaments coraco-claviculaires** (**trapézoïdes** et **conoïdes**) - **Chape musculaire delto-trapézienne**
Mécanisme		= Traumatisme indirect par chute sur le moignon de l'épaule : séquence lésionnelle = appareil capsulo-ligamentaire acromio-claviculaire > coraco-claviculaire > delto-trapézienne
Classification	**Stade I**	= **Entorse bénigne acromio-claviculaire** : simple **distension** de l'appareil capsulo-ligamentaire acromio-claviculaire avec intégrité des ligaments coraco-claviculaires
	Stade II	= **Entorse grave** avec **subluxation acromio-claviculaire** : **rupture** de l'appareil capsulo-ligamentaire acromio-claviculaire avec intégrité des ligaments coraco-claviculaires
	Stade III	= **Luxation acromio-claviculaire** : rupture des ligaments coraco-claviculaires, avec intégrité de la chape musculaire delto-trapézienne
	Stade IV	= **Luxation acromio-claviculaire** avec **rupture de la chape musculaire delto-trapézienne**

Diagnostic

C	- Inspection : **œdème, ecchymose** - Palpation : **interligne douloureuse** - Mobilisation : **touche de piano**, **tiroir antéro-postérieur** ➙ Diagnostic clinique
Rx	**Incidence standard** : **incidence de face de l'acromio-claviculaire** + **profil de Lamy** : systématique pour éliminer une fracture, une complication pulmonaire et apprécier le déplacement des stades 3/4 **Cliché dynamique** (en 2nd intention) : - **Cliché de Henet** (incidence de la « sieste ») : bras en abduction à 90°, rotation externe, main derrière la tête ➙ minore la déformation si les ligaments coraco-claviculaires sont intacts - **Cliché dynamique en charge** (port de 5 kg) : majore la déformation

Diagnostic	Stade I	Stade II	Stade III	Stade III
Œdème, ecchymose	+	++	+++	+++
Interligne douloureux	+	++	+++	+++
Touche de piano	Non	Modérée	Oui	Oui
Tiroir antéro-postérieur	Non	Non	Modéré	Oui
Rx standard	Normale	Subluxé	Luxé +	Luxé ++
Cliché de Henet		Corrigé	Non corrigé	Non corrigé
Cliché en charge		Augmenté	Augmenté ++	Augmenté +++

TTT

TTT orthopédique	➙ Indication : stade 1 et 2 - **Immobilisation** par **écharpe coude au corps** type **Dujarrier** pendant 3 semaines ± **Contention de l'articulation acromio-claviculaire par Elastoplast®** si stade 2 - **Rééducation** : mouvements passifs pendulaires puis actifs isométriques
TTT chirurgical	➙ Indication : stade 3 et 4 - **Ligamentorraphie protégée** par un **embrochage acromio-claviculaire** - **Immobilisation** par **écharpe coude au corps** pendant 3 semaines